

Trabajos y Comunicaciones, 2da. Época, N° 44, e024, septiembre 2016. ISSN 2346-8971
 Universidad Nacional de La Plata.
 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
 Departamento de Historia

Trayectorias locales y proyecciones nacionales en el proceso de centralización sanitaria en Tucumán (1900-1950)

Local development and national projection in the process of sanitary centralization in Tucumán (1900-1950)

María Estela Fernández * y María del Carmen Rosales **

* Universidad Nacional de Tucumán, Argentina | marielaf@arnet.com.ar

** Instituto Superior de Estudios Sociales – Universidad Nacional de Tucumán - CONICET, Argentina | marexa_87@hotmail.com

PALABRAS CLAVE

Políticas Sanitarias
 Capacidades Estatales
 Centralización
 Cuadros Técnicos
 Santa Fe

KEYWORDS

Health Policies
 State Capabilities
 Centralization
 Technical Cadres
 Santa Fe

RESUMEN

El presente trabajo indaga las dinámicas de transformación de las políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe en la primera mitad del siglo XX, focalizando tres coyunturas: en primer lugar, el contexto previo y la sanción de la ley de sanidad en 1932; en segundo término, los cambios sostenidos durante la segunda mitad de la década de 1930 que darían lugar a la creación del Ministerio de Salud y Trabajo en 1941; finalmente las innovaciones proyectadas desde la intervención de 1943 y los posteriores gobiernos peronistas. A partir de los debates parlamentarios, las memorias ministeriales, la prensa y las publicaciones especializadas, nos proponemos dar cuenta de algunos aspectos de este proceso de transformación en las políticas sanitarias locales en diálogo con el plano nacional.

ABSTRACT

This paper explores the dynamics of transformation of health policies in the province of Santa Fe in the first half of the twentieth century, focusing on three moments: first, the previous context and the sanction of the law of health in 1932; secondly, the changes sustained in the second half of 1930 that would result in the creation of the Ministry of Health and Labour in 1941; and finally, the innovations projected from the federal intervention in 1943 and subsequent peronist governments. The aim is to give an account of some aspects of this process of transformation in local health policy, putting it in dialogue with the national level.

Recibido: 30 de octubre de 2015 | Aceptado: 17 de agosto de 2016 | Publicado: 15 de septiembre de 2016

Cita sugerida: Fernández, M. E. y Rosales, M. C. (2016). Trayectorias locales y proyecciones nacionales en el proceso de centralización sanitaria en Tucumán (1900-1950). *Trabajos y Comunicaciones* (44), e024. Recuperado de: <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe024>



Esta obra está bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_AR

1- Introducción

Hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, Tucumán asiste a la creación de instituciones y de dispositivos sanitarios que, en sintonía con ciertas acciones a nivel nacional, expresaban la gravitación de la corriente higienista y el paulatino avance de la medicina científica, en un contexto de expansión económica que produjo profundas modificaciones en el espacio, en las relaciones sociales, en el mundo del trabajo y en las condiciones de vida. La salud fue entonces objeto de mayor atención de parte de los poderes públicos, con acciones que se articularon con problemas de tipo coyuntural (como las epidemias), con otros de carácter estructural (que abarcaban a las enfermedades y a la realidad social y sanitaria en su conjunto) y se tradujeron en trayectorias y definiciones institucionales que conformaron la administración sanitaria en la provincia.

El proceso, que revela las transformaciones al interior de la estructura estatal y su proyección en determinadas áreas -como la policía, la instrucción pública, la vialidad, las obras públicas- se expresó a través de la creación de organismos con recursos, presupuesto, funcionarios y empleados, diferenciados según los ámbitos de localización y ejecución de las políticas que se implementaron. Desde una perspectiva regional esto supone reconocer los rasgos y matices en las acciones que se realizaron y en la heterogeneidad de los sectores que participaron, en la medida en que se crearon reparticiones con personal especializado pero también existieron otras alternativas que concitaron la participación de ciudadanos comunes, asociaciones y empresarios.

La configuración de un sistema de salud pública en Tucumán se desarrolló en un trasfondo institucional y político caracterizado por el afianzamiento del Estado provincial y por los intentos crecientes de intervención desde la órbita nacional en un área de incumbencia tradicionalmente bajo la esfera de los poderes locales. De modo que la tendencia a subordinarlos encontró escollos y hubo tensiones en torno a cuestiones como la defensa de la autonomía, las dificultades en la delimitación de atribuciones y la resistencia a abandonar la dirección propia de los asuntos sanitarios.

En este escenario se inscribió el postulado de la centralización a nivel nacional y provincial en la administración de la salud, propuesta por médicos, higienistas y representantes del poder político como una vía para lograr la consolidación institucional y el rol profesional en las reparticiones estatales; la efectividad en las iniciativas; la afirmación de criterios científicos y la optimización de los recursos materiales y humanos.

En la medida en que la idea de centralizar los servicios sanitarios atravesó varias décadas y tardó en concretarse, los estudios regionales resultan claves para avanzar en la comprensión del proceso de construcción del aparato sanitario nacional y de sus dinámicas en los espacios provinciales. El análisis de la problemática de la salud pública en el interior del país es además necesaria para contextualizar desarrollos locales, contrastar diferentes realidades y dialogar con otros casos en el marco de los procesos nacionales.¹ En este sentido, este artículo se propone explorar el proceso de centralización sanitaria en Tucumán en la primera mitad del siglo XX, atendiendo a sus particularidades y a sus vinculaciones con la administración sanitaria nacional a través del abordaje de tópicos que posibiliten reconstruir, en instancias diferenciadas, los rasgos del desarrollo institucional y los cambios que pautaron el recorrido hasta la centralización sanitaria lograda durante los gobiernos peronistas. La principal documentación utilizada comprende fuentes oficiales -Leyes, Decretos y Boletines Oficiales de la provincia de Tucumán; Digestos y Boletines

Municipales; Libros de Actas del Consejo de Higiene; Diarios de sesiones legislativas – y, como expresiones de la prensa local, los diarios “El Orden”, “La Unión”, y “La Gaceta”.

2- La conformación del sistema sanitario en Tucumán (1900-1920)

La construcción de políticas sanitarias en Tucumán remite al desarrollo y consolidación del Estado provincial y al aumento de sus capacidades de gestión, reflejadas en la constitución de organismos con personal propio y bajo la dirección de profesionales; en la asignación racional de partidas presupuestarias; en el ordenamiento a través de reglamentaciones y normativas que legitimaran las formas de intervención.² Este proceso se verificó en un contexto de transformaciones en la economía, la política y la realidad social donde los problemas sanitarios se agudizaron, vinculados a la falta de prevención pero también a las deficientes condiciones laborales y habitacionales. En la medida en que la salud era vista como parte de los desajustes sociales que remitían a los efectos de la modernización económica azucarera y al aumento considerable de la población, los objetivos económicos estaban presentes en las intenciones de la élite gobernante y el empresariado para llevar a cabo intervenciones preventivas y defensivas y proteger la productividad laboral.

Fue durante las últimas décadas del siglo XIX cuando surgieron las primeras instituciones que buscaron organizar el cuidado y atención de la salud de la población y considerar desde otro lugar los procesos de salud-enfermedad. Los continuos brotes epidémicos, los elevados porcentajes de mortalidad general e infantil, la falta de profesionales y de hospitales, motivaron acciones de parte de los poderes locales y de sectores de la sociedad civil, de modo que la construcción de políticas sanitarias estuvo vinculado a coyunturas políticas y/o sanitarias, y a la intervención de actores diversos que actuaron desde el interior y desde fuera del aparato estatal.³

El principal organismo en el área sanitaria fue el Consejo de Higiene, creado en 1887 con el objetivo de centralizar y extender las acciones en un contexto signado por los efectos devastadores de la epidemia de cólera de 1886-87 asociados a la falta de infraestructura y a las deficiencias sanitarias. Con un marco legal que le otorgó amplios poderes a sus integrantes, abordaba cuestiones como el control de las patologías infecciosas para frenar el contagio y la vigilancia del ejercicio profesional para regular la práctica médica y combatir el curanderismo.⁴

Las primeras décadas del siglo XX se caracterizaron por intervenciones que intentaron una política más integral sustentada en instrumentos legales, instituciones más desarrolladas y parámetros más científicos. La creación de un organismo municipal; la implementación de nuevos servicios y reglamentaciones; y una mayor cobertura sanitaria para determinados sectores y espacios, sintetizan algunos de los avances de las capacidades estatales en la administración de la salud pública.

En un sistema donde la máxima autoridad de salud era el Consejo de Higiene, con la creación de la Asistencia Pública en 1902, vinculada a las demandas de atención por el aumento de la población, se completaba un entramado institucional vinculado a diferentes esferas de poder.⁵ Mientras el Consejo de Higiene dependía del Ejecutivo y tenía jurisdicción sobre todo el territorio provincial; la Asistencia Pública estaba bajo la órbita de la municipalidad y abarcaba el radio de la Capital; y se orientaba a la asistencia gratuita a los sectores más pobres de la población, la vigilancia de la

higiene pública y la administración de los hospitales ubicados en la Capital de la provincia:⁶ el Hospital Padilla, para enfermos hombres; el Hospital Santillán, para enfermas mujeres; el Hospital de niños, administrado por la Sociedad de Beneficencia; y el Hospital de aislamiento, para patologías infecciosas.⁷

En el caso de los hospitales las reformas verificadas en estos años tuvieron como objetivo descentralizar su manejo, sustituyéndose la supervisión unificada del director de la Asistencia Pública y el administrador del Hospital Padilla por un director para cada establecimiento.⁸ Esto formó parte de un proceso de modificaciones relativas a la administración y control de los establecimientos (hacia fines del siglo XIX con más injerencia de la Sociedad de Beneficencia) y a la imposición de pautas más científicas, que expresaban la evolución de las concepciones estatales en relación a la salud pública vinculadas a la afirmación de los profesionales médicos en los organismos sanitarios. Construcciones con criterios más modernos –que superaban la antigua “casa hospital”-; mayores aportes de los poderes públicos; y una política que intentaba abarcar a segmentos más amplios de la población se expresaron en la conformación del cuerpo médico, con mayor número de profesionales; la instalación de consultorios con más especialización; y la ampliación de la capacidad para la atención de los enfermos.⁹

La expansión del sistema sanitario entre 1900 y 1920 presentó dos aspectos distintivos: la afirmación del Consejo de Higiene y el rol de los profesionales médicos, que diseñaron las medidas y tuvieron a su cargo el control y la dirección de las instituciones;¹⁰ y la expansión de la atención sanitaria en el interior de la provincia, que contaba con sólo tres hospitales, ubicados en Monteros, Medinas y Concepción. Asimismo, mientras aumentaron los recursos y los consultorios médicos gratuitos en diferentes localidades, hubo acciones más consistentes, vinculadas a la necesidad de combatir dos patologías específicas: el paludismo, enfermedad endémica en el norte argentino, con una ley nacional en 1907¹¹; y la viruela, con una ley provincial en 1911.¹²

Si bien en ambos casos se hizo más notoria la presencia del Estado a través de nombramientos de médicos, empleados auxiliares;¹³ aumentos de viáticos y de personal -inspectores, desinfectadores, vacunadores- que implicaban más organización y mayores recursos presupuestarios; la ejecución de medidas sanitarias concitó una conjunción de actores estatales y “extraestatales”. Junto a los profesionales y empleados de los organismos sanitarios, hubo ciudadanos y personal de escuelas, policía e ingenios que cumplieron funciones “delegadas” desde el poder estatal, quien apelaba a la participación de particulares o empleados de otras reparticiones para cubrir necesidades sanitarias en los extensos territorios del interior de la provincia, con tareas que abarcaban, entre otras, la vacunación contra la viruela; el reparto de quinina; la desinfección de locales; la recolección de muestras de alimentos y bebidas para su posterior análisis.

En relación a las vinculaciones locales con el Departamento Nacional de Higiene, a fines del siglo XIX estas fueron más difusas y circunscriptas a determinadas situaciones concretas, como los brotes epidémicos, donde se generaron tensiones a causa de medidas rechazadas por el gobierno nacional, como fue la decisión de Tucumán de establecer un “cordón sanitario” y una cuarentena como medidas preventivas durante la epidemia de cólera de 1886-87.¹⁴ La orden de su levantamiento por

parte del poder central tuvo que ver con las implicancias económicas y con el disenso sobre su efectividad, en tanto mientras los médicos locales las consideraban eficaces; en Buenos Aires los facultativos se oponían argumentando que la concentración de la población podía ocasionar un nuevo foco de contagio.¹⁵ En distintos casos de epidemias las autoridades nacionales reclamaron por la “anarquía sanitaria” y sus consecuencias al momento de aplicar medidas homogéneas e imponer su competencia en las provincias.¹⁶

Recordemos que en materia de salud pública en el país, el alcance del Departamento Nacional de Higiene -creado en 1880- prácticamente se circunscribía a Buenos Aires y tenía escasa proyección en el interior, donde la constitución de sistemas sanitarios había quedado en manos de los gobiernos provinciales y de lo que sus ingresos les posibilitaban. A partir de la década del '90 el organismo nacional se propuso “federalizar” y ampliar el sistema de control sanitario en todo el país,¹⁷ intento que encontró resistencias en las autoridades sanitarias locales, quienes esgrimieron la defensa de la autonomía frente a ciertas intervenciones que veían como una intromisión en asuntos propios. Por otra parte, el Departamento Nacional de Higiene se regía por una ley orgánica que le otorgaba carácter nacional pero sin precisar claramente sus funciones, y las provincias, (que no se encontraban bajo su jurisdicción), ejercían la facultad de la administración de la salud, implícita en el régimen federal establecido en la Constitución Nacional de 1853. (Biernat; 2015)

En el caso de Tucumán, durante las dos primeras décadas del siglo XX hubo mayores interacciones con el Departamento Nacional de Higiene, no sólo por los requerimientos y la dependencia para obtener medicamentos, vacunas y recursos humanos, sino también por la necesidad de coordinar acciones conjuntas, aunque sin ceder el control de los asuntos sanitarios. Esto se evidenció especialmente con la aplicación de la ley nacional contra el paludismo -que establecía la centralización de la lucha antipalúdica en la repartición nacional con la colaboración de las autoridades provinciales y comunales-, cuando se acordó que los inspectores del Departamento Nacional de Higiene tendrían voz y voto en cuestiones de índole científica y administrativa pero la dirección y el personal estarían bajo vigilancia del Consejo de Higiene. El organismo provincial adoptó entonces una posición defensiva de la tradición del manejo local de la salud y apeló al respeto de la autonomía sanitaria “*en forma absoluta, para evitar choques y recelos*”.¹⁸

En suma, el sistema sanitario de la provincia estaba conformado por instituciones que dependían de la esfera del poder provincial y municipal y un entramado en el que diferentes sectores de la sociedad civil participaban en la administración de hospitales, campañas de vacunación, situaciones de crisis epidémicas y asistencia sanitaria en la campaña. Este tipo de organización involucraba distintos niveles y actores vinculados entre sí en diferentes grados de dependencia y complementariedad, con tensiones que atravesaban las relaciones entre los organismos locales y con el Departamento Nacional de Higiene, en particular cuando este pretende ampliar en forma efectiva el sistema de control sanitario en el país.

En la etapa reseñada la administración sanitaria había logrado ciertas fortalezas, pero persistían graves limitaciones asociadas a la escasez de médicos y personal capacitado; la insuficiencia de recursos económicos; la fragmentación institucional –Consejo de Higiene provincial, Asistencia Pública Municipal, hospitales bajo control estatal y/o privado- y cierta superposición de funciones.

Los problemas eran reconocidos por los representantes del poder político y de los organismos sanitarios, que si bien daban cuenta de la extensión de “medios defensivos de la salud”, también denunciaban las múltiples carencias, sobre todo en las áreas del interior.¹⁹

3- Desarrollo institucional y nuevos lineamientos en las políticas sanitarias (1920-1940)

En un nuevo contexto político, en el que desde 1916 a 1930 accedieron al Ejecutivo de la provincia representantes de la Unión Cívica Radical,²⁰ se abordaron diversos aspectos de la problemática de la salud pública que respondían a algunas preocupaciones nuevas y otras latentes desde años anteriores. El desarrollo institucional manifestó cambios en ciertos lineamientos; hubo intentos de centralización del sistema de salud a nivel provincial y reformas relativas a la asistencia en las áreas rurales.

La primera propuesta tendiente a centralizar la organización sanitaria tuvo como finalidad la provincialización de los hospitales municipales, con el criterio de encarar los problemas sanitarios desde el punto de vista médico-social, aumentando las resistencias orgánicas de los individuos y fortaleciendo los espacios para los enfermos sin recursos.²¹ Estos objetivos reflejaban una orientación donde el cuidado de la salud se consideraba indisoluble de la cuestión social y requería mejorar las condiciones de vida de la población abordando el tema de la vivienda, la alimentación, la situación laboral y la educación, que fueron tópicos incluidos en la agenda de los gobiernos del período.²² Asimismo, había que optimizar la atención de los sectores carenciados e intensificar las medidas preventivas, planteos que coincidían con los enunciados en el ámbito nacional y que inauguran una etapa de transición y de mayor intervención del Estado. (Belmartino, 2005: 59).

En ese sentido la centralización sanitaria se consideraba indispensable, y sus principales motivaciones eran la situación precaria del municipio de la Capital, que sostenía hospitales a los cuales concurrían enfermos de toda la provincia y de provincias vecinas; y la necesidad de aumentar las partidas para resolver las condiciones críticas de los establecimientos.²³ La iniciativa provino del Consejo de Higiene y fue avalada por el Ejecutivo y debatida en la Legislatura, donde se enfrentaron posiciones relativas a las competencias de cada esfera de gobierno en la dirección de la salud pública: por un lado el “carácter propio” de la Municipalidad respecto al manejo de los hospitales y la defensa de su autonomía;²⁴ y por otro la supremacía del gobierno provincial, con atribuciones para intervenir en el municipio y con mayores recursos. El tema del financiamiento introducía además otro tipo de reparos ya que el traspaso de los hospitales suponía la aprobación de un aumento de gastos que de antemano era cuestionado por la oposición.²⁵ Si bien la idea de unificar la administración sanitaria se remonta a comienzos del siglo XX,²⁶ lo nuevo en estos años fue un mayor acento en la eficiencia y concentración de esfuerzos económicos y la voluntad política de coordinar los distintos niveles del sistema de salud; y aunque no llegó a concretarse, los debates en torno a la cuestión contribuyeron a alimentar un proceso que se traduciría en la futura reorganización del sistema y cambios más radicales en las décadas siguientes.

La centralización en el área de la salud se orientó también a los servicios dispersos en las zonas rurales, donde existían Comisiones de Higiene y Fomento con facultades para realizar obras de

utilidad pública y hacer cumplir medidas de higiene y salubridad dictadas por el Consejo de Higiene.²⁷ En la lógica de mejorar y unificar sus acciones se creó una Dirección General de Comisiones de Higiene y Fomento, que requirió un aumento del presupuesto pero no modificó el carácter de sus integrantes, que seguirían ejerciendo sus funciones en forma obligatoria y sin remuneración.²⁸ Como muchas veces eran cuestionados por no cumplir con sus funciones o por su vinculación política con el gobierno de turno –ya que eran designados por el Ejecutivo–, se introdujo el voto popular para la elección de miembros de Comisiones de seis localidades, a fin de iniciar la transición hacia el gobierno municipal y conjurar el “peligro de los abusos y del partidismo desmedido”.²⁹

El abordaje de la problemática de la salud en el mundo rural presentaba mayores dificultades por la amplitud y diversidad del territorio y la escasez de recursos materiales y humanos, y un tema recurrente era el de la salud de los trabajadores vinculada a la productividad laboral, que fue objeto de debates en el contexto de una epidemia de gripe que afectó gravemente el estado sanitario de la provincia en 1919. De allí que surgieran distintas propuestas para establecer la asistencia obligatoria en los ingenios azucareros y en 1925 se aprobara finalmente el proyecto del diputado socialista José Vera Hernández, que, en línea con las concepciones del momento, sostenía que las acciones no debían limitarse a curar a los enfermos sino que debían ser preventivas y de divulgación científica.

La ley establecía la obligación de los ingenios y establecimientos industriales cuyo personal no sea inferior a 200, de prestar asistencia médica permanente y gratuita a los trabajadores y a sus familias. Debían instalar una enfermería y una sala de primeros auxilios, contar con profesionales, enfermeros y parteras; entregar leche a niños menores de tres años y a enfermos en forma gratuita; y los médicos estaban obligados a llevar libros de historia clínica e instruir con conferencias sobre higiene, paludismo, tuberculosis y alcoholismo. El plazo para concretar las normas era de seis meses y se aplicarían multas para los infractores.³⁰

Si bien los diferentes sectores políticos coincidieron en la necesidad de mejorar las condiciones de salubridad, en general las críticas sostenían que la asistencia sanitaria era una función que correspondía al Estado y apuntaban a su implicancia económica, por los “gravosos” impuestos y salarios que afrontaban los ingenios.³¹ Los partidarios del proyecto enarbolaban la defensa de la salud pública por sobre los intereses empresarios; la existencia de equidad, puesto que se contemplaba la capacidad de los establecimientos en cada caso; y la necesidad de “cuidar al obrero para cuidar la fábrica”.³²

Aunque en principio existió la decisión política para lograr su cumplimiento, en general la ley fue signada por el rechazo de los empresarios, que aceptaban realizar contribuciones pero sostenían que el cuidado de la salud debía ser una obligación exclusiva del Estado, en línea con la tradición de una participación voluntaria en la asistencia sanitaria de sus trabajadores como ocurría desde fines del siglo XIX, y no impuesta, como estipulaban las normativas de 1925.³³

Como se ha señalado para el ámbito nacional, los proyectos de centralización de las décadas de 1920 y 1930 no prosperaron por las resistencias de los poderes provinciales; la escasa autonomía administrativa del Departamento Nacional de Higiene; las superposiciones jurisdiccionales con

otras dependencias estatales (Biernat, 2015), pero las ideas y propuestas relativas al tema se afianzaron a través de debates legislativos, reuniones científicas y conferencias internacionales y nacionales. Tal fue el caso de la Conferencia Sanitaria de 1923 realizada en Buenos Aires, que no sólo fue un espacio de discusiones en torno a la conveniencia de unificar la administración de la salud, sino del tratamiento de temas considerados prioritarios para la definición y desarrollo de las acciones sanitarias,³⁴ muchos de los cuales tuvieron en la provincia agenda propia.

En ese sentido, y como parte de un programa de “asistencia social”, se instalaron Estaciones Sanitarias en la ciudad Capital, con consultorios gratuitos de primeros auxilios y de lactantes para la población de menores recursos,³⁵ y en coincidencia con iniciativas del Departamento Nacional de Higiene –que crea en 1923 la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia-, en Tucumán se implementó un Servicio de Protección a la Infancia desde 1927.³⁶ Asociado a las tendencias mundiales en la materia en las que primaba una concepción preventiva, conjugaba factores como una adecuada alimentación, la atención médica profesional y la instrucción a las madres para lograr la reducción de las altas cifras de mortalidad infantil.³⁷ En el marco de acciones “en “defensa de la salud pública”, que expresaron una concepción avanzada respecto a la forma en que se reestructuró la administración sanitaria en la Capital de la provincia, el Servicio permaneció bajo la esfera del poder municipal hasta 1933, cuando los problemas financieros que atravesaba el municipio y definiciones más firmes en torno al rol del Estado en esos años, llevaron a su transferencia al gobierno provincial.³⁸

En un contexto complejo, en sus inicios atravesado por los efectos de la crisis económica, y caracterizado por alternativas políticas que difirieron de lo que acontecía a nivel nacional,³⁹ la impronta de una mayor intervención estatal en la provincia en la década del '30 se expresó particularmente durante el segundo gobierno radical de Miguel Campero (1935-1939), cuando la recuperación y saneamiento de la economía provincial posibilitaron la realización de obras públicas y una vasta acción social que incluyó como una de sus prioridades a la salud pública. En materia sanitaria hubo nuevos emprendimientos –tres estaciones sanitarias; seis centros hospitalarios en el interior; doce dispensarios; Hospital de Alienados en la Capital- quedaron bajo administración del Consejo de Higiene, que con el rango de “superintendencia sanitaria” ejercía la dirección técnica de las instituciones sanitarias dependientes del Ejecutivo y sus disposiciones debían ser cumplidas por intermedio de personal propio, de las municipalidades, de otras reparticiones estatales, y de las Comisiones de Higiene y Fomento, según los casos.⁴⁰

En el plano institucional primó la idea de la unificación de los servicios sanitarios a través de la ley de Asistencia Médica y Social de 1933, y la ley de Centralización técnica y administrativa de los servicios sanitarios de 1936, que fueron los principales hitos de un programa más integral referido a la profilaxis e higiene pública y a la ampliación y fortalecimiento del sistema. Las novedades residían en la determinación del financiamiento a través de un Fondo permanente de Obras Públicas y Asistencia Social, donde un 75% podría ser utilizado en la ejecución del proyecto;⁴¹ y en la creación de un organigrama que contaría con una Dirección General de Higiene y Asistencia Social (integrada por las autoridades del Consejo de Higiene); una Comisión Central de Higiene y Asistencia Social (con el Director de la Asistencia Pública y médicos representantes del Ejecutivo,

del Colegio Médico, de la Sociedad de Beneficencia y de los hospitales); y Juntas consultivas y asesoras (integradas por médicos de las distintas instituciones que representaban la asistencia del niño y de la madre, los establecimientos de beneficencia, la higiene social y la defensa sanitaria).⁴² De modo que la legislación, a la vez que reunía los distintos actores involucrados en la atención de la salud, buscaba integrar la asistencia médica y social y reafirmaba el rol de la Dirección General de Higiene y Asistencia Social como principal organismo dependiente del Ejecutivo, aunque en los hechos la administración sanitaria prácticamente no tuvo modificaciones en su funcionamiento.

Como ocurría desde décadas anteriores, en el período 1920-1940 la mayoría de las iniciativas para mejorar y desarrollar el sistema sanitario provenía de las autoridades locales, y la intervención del Estado nacional se traducía principalmente en los subsidios que destinaba a los hospitales y en su participación y dirección en la lucha contra el paludismo. Fue para enfrentar esta patología que hubo una partida especial que permitió reorganizar los servicios, aumentar el personal técnico-administrativo y establecer en 1937 una Dirección General de Paludismo, con base en Tucumán, de la que dependían las direcciones regionales.⁴³ En este sentido se percibe, por parte del organismo sanitario nacional, un intento por ampliar su modalidad de gestión, legitimada en la idea de que la erradicación de ciertas enfermedades endémicas, como el paludismo, generaría un círculo virtuoso donde la mejora de la salud pública favorecería el desarrollo económico y social. (Carter; 2010).

La tónica que continuó predominando en las vinculaciones nacionales con las provinciales fue la coordinación de acciones, y el Departamento Nacional de Higiene, que seguía siendo responsable de la planificación, introdujo caracterizaciones de la región para realizar diagnósticos y aplicar medidas. Su presencia se manifestó también en el caso del concurso para médicos y auxiliares sanitarios en la provincia para la defensa antipalúdica, con un tribunal presidido por el presidente del organismo nacional, el Dr Gregorio Aráoz Alfaro, procedimiento que reflejaba un objetivo de mayor control y capacitación de quienes participaban en la campaña contra el paludismo.⁴⁴

En un contexto de persistencia de dificultades de financiamiento para cubrir las necesidades del área, el balance de estos años muestra el aumento de demandas de centralización sanitaria,⁴⁵ que en Tucumán se canalizaron a través de proyectos legislativos; y de intentos fortalecer los servicios bajo la autoridad de la nueva Dirección Central de Higiene y Asistencia Social, aumentando la asignación de recursos.⁴⁶ Estas cuestiones, junto a la provincialización de algunos servicios como el de protección a la infancia, y la creación de nuevos centros hospitalarios y de atención médica; pueden ser considerados antecedentes significativos de cambios futuros en el área, y reflejan las modificaciones que se estaban produciendo en la dinámica de las políticas sociales y sanitarias a nivel local.

4- Las transformaciones en el sistema de salud pública y la instancia de la centralización sanitaria (1943-1950)

En los inicios de los años '40 el funcionamiento deficitario de los centros hospitalarios era uno de los tópicos centrales de las discusiones entabladas en los distintos círculos médicos, en los debates legislativos y en las constantes denuncias públicas realizadas por la prensa local. Estas manifestaciones en torno a las condiciones imperantes en el sistema sanitario tucumano aludían al

rol que el Estado provincial debía asumir frente a esta problemática, señalando que: *“El gobierno de la provincia se ha desentendido de este problema. No ha querido provincializar esos servicios. Y los hospitales, en vez de ser casas de la salud, se están transformando en establecimientos de la muerte.”*⁴⁷.

Asimismo, resurgió con fuerza la necesidad de crear un organismo público que centralizara y coordinara los servicios sanitarios. En este sentido, se impulsaba el surgimiento de *“un Ministerio de Salud Pública. Con la concentración de todas las dependencias, controladas y fiscalizadas eficientemente”*, estrategia institucional dirigida a mejorar la calidad de la atención médico-hospitalaria.⁴⁸ Como había sucedido con anterioridad, el objetivo de la centralización estuvo vinculado a una serie de factores donde sobresalían los problemas de orden financiero que afectaban al municipio de la Capital y que condicionaban el funcionamiento de los nosocomios, y la necesidad de una mayor presencia nacional amparada en la demanda regional de los hospitales municipales, saturados de pacientes provenientes de provincias vecinas.⁴⁹

La fragmentación a nivel sanitario era un problema que no sólo afectaba a Tucumán sino también a otras provincias y fue considerado por el nuevo gobierno surgido del golpe de 1943, que buscó reformular la administración de la salud enfocándose en la coordinación de las políticas sanitarias nacionales y provinciales. Esto implicó cambios en relación a la política social y la tendencia hacia la centralización de los servicios sanitarios, que reconoció sus orígenes en las ideas y debates presentes en las décadas previas y se profundizó en los tempranos años cuarenta producto de la resignificación del rol de Estado.⁵⁰

En este sentido la salud fue uno de los ámbitos que experimentó mayores e importantes modificaciones, y en consonancia con la línea desarrollada a nivel nacional,⁵¹ las acciones se orientaron a centralizar el manejo de la salud pública bajo la dirección técnica y administrativa del Consejo de Higiene,⁵² que hacia fines de 1943 fue reemplazado por un nuevo organismo, la Dirección Provincial de Sanidad (DPS), encargado de la coordinación y administración de las instituciones sanitarias de la provincia.

El próximo paso hacia la centralización fue la provincialización de los dos nosocomios principales, el Hospital Padilla y el Hospital Santillán - que como vimos dependían de la Municipalidad capitalina-, haciéndose cargo el gobierno provincial de las prestaciones médicas y asistenciales, del pago de los sueldos y salarios de los empleados y de la provisión de productos alimenticios y farmacéuticos requeridos. Como consecuencia la Municipalidad debía transferir a la provincia los subsidios percibidos por la prestación de los servicios hospitalarios y además se comprometía a contribuir, por cinco años, con la suma anual de 200.000 pesos destinados a cubrir gastos en los nosocomios.⁵³ Los gastos requeridos para el funcionamiento de los hospitales se cubrirían con un aumento del presupuesto destinado a la salud pública y con los aportes provenientes del impuesto del 10% sobre los billetes de lotería y los boletos de carrera, promulgado por el Gobierno tucumano.⁵⁴

Las modificaciones realizadas por el gobierno de la Revolución de Junio fueron la antesala del plan centralizador que impulsaría el gobierno de Juan Domingo Perón desde 1946 y que en Tucumán se

expresó con la gestión de Carlos Domínguez.⁵⁵ Su diagnóstico retomaba las dificultades que venía atravesando el sistema sanitario asociadas a la fragmentación, al deterioro de los hospitales, a la concentración de establecimientos en las zonas próximas a la Capital, y a las epidemias que incidían negativamente en los índices de mortalidad general e infantil.⁵⁶

El poder legislativo fue escenario de discusiones, propuestas y planteos acerca del rol que el Estado provincial debía cumplir respecto a los problemas sanitarios, donde sobresalieron las ideas plasmadas en las palabras del Ministro de Gobierno, Roberto Sureda Graells, quien afirmó que es *“tarea fundamental del gobernante la vigilancia y la atención de la salud del pueblo”*.⁵⁷ En tal sentido, el nuevo posicionamiento del Estado en materia de salud y la configuración de la salud como un derecho, impronta que caracterizó al gobierno peronista, motivó la afirmación del Diputado Enrique Zarlenga, quien sostuvo que *“el Partido Laborista cumple con su palabra empeñada ante el pueblo de la provincia; al materializar uno de los puntos fundamentales de su carta orgánica, que es el de velar por la salud del pueblo entregándole esta conquista, no como una concesión caritativa, que es como se venía haciendo, sino como un Derecho Inalienable.”*⁵⁸

Bajo estas premisas, y con el objetivo de estudiar en forma exhaustiva la situación sanitaria, se creó una comisión encargada de realizar un inventario de los bienes públicos y privados destinados a brindar servicios, analizar la capacidad financiera del fisco y determinar las necesidades de los pobladores. En base a los informes obtenidos se elaboraron proyectos de ley tendientes a mejorar las condiciones sanitarias consolidándose el ideal de la centralización en noviembre de 1946 con la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que quedó a cargo del Dr. Alberto Navarro⁵⁹. De alguna manera, este nuevo organismo retomaba aspectos de algunas reformas iniciadas en la década anterior con los intentos de integrar la asistencia médica y social, de alcance impreciso en el marco de las dificultades de esos años, pero con una estructura más compleja y abarcativa de la problemática sanitaria en su conjunto.

El MSPAS se encargaría de la organización y coordinación de las diversas campañas de erradicación de enfermedades infectocontagiosas, así como de concientización y educación sanitaria de la población. La unificación de los servicios para mejorar el funcionamiento del sistema de salud se complementó con el lanzamiento del Plan Trienal de Gobierno proyectado para 1947–1950⁶⁰ que contemplaba la construcción de infraestructura hospitalaria y de centros de atención en las zonas del interior, elementos vinculados al objetivo de democratizar los servicios y al principio de justicia social, pieza clave de los gobiernos peronistas.

Dando continuidad al proceso de centralización, en 1948 el MSPAS avanzó en la provincialización de otros dos centros hospitalarios: el Hospital Lamadrid, que estaba bajo jurisdicción de la Municipalidad de Monteros, y el Hospital del Niños Jesús administrado por la Sociedad de Beneficencia, cuya labor fue cuestionada en razón de las nuevas orientaciones sanitarias. El proyecto de ley para su expropiación del Hospital de niños, presentado por el ministro Navarro, contenía argumentos de orden económico, de funcionamiento y de calidad de los servicios brindados por la institución: *“El Hospital del Niño Jesús [...] tiene como finalidad la hospitalización de la infancia enferma de toda la provincia [...] Iniciativa de mérito indiscutible, tuvo que ser realizada con el apoyo económico del Estado, financiando casi íntegramente su*

*presupuesto, habiéndose reducido la acción de la Sociedad de Beneficencia, a un acto puramente administrativo. [...]”*⁶¹El propósito conllevaba un doble significado, al estar anclado a la idea de la salud como derecho ciudadano y como deber del Estado, posicionamiento del gobierno peronista que entraba en tensión con las instituciones filantrópicas, asentadas en un ideal decimonónico, que entendía a la salud individual no como un asunto público, sino de carácter privado.⁶²

La expropiación del Hospital de niños se vinculó con las medidas tomadas a nivel nacional en relación a la Sociedad de Beneficencia, cuyas funciones fueron absorbidas por el Estado y más tarde por la Fundación Eva Perón.⁶³ Sin embargo, existieron diferencias entre las políticas nacionales, donde los servicios médicos y asistenciales brindados por la Sociedad de Beneficencia pasaron al Estado Nacional, y Tucumán, donde la institución continuó brindando, en menor medida, servicios sociales a la población más vulnerable.⁶⁴

Con respecto al rol que el Estado Nacional jugó en el espacio provincial podemos establecer que en Tucumán, a diferencia de lo sucedido en otros espacios provinciales como Córdoba (Ortiz Bergia, 2012), su presencia quedó vinculada al esporádico envío de subsidios y a la sanción de un proyecto de construcción de un hospital regional financiado por la Nación. El nuevo espacio ayudaría a afrontar la afluencia de enfermos que provenían tanto de las zonas rurales como de las provincias vecinas, pero a pesar de su importancia y de que se trataba de un reclamo de larga data su construcción no se concretó. De la misma forma, la ayuda nacional para asistencia hospitalaria *“tampoco aumentó en las proporciones necesarias para suplir la falta del referido nosocomio y evitar que los servicios establecidos se resientan a causa de la estrechez financiera”*,⁶⁵ mientras los avances registrados en el sistema sanitario surgieron de la iniciativa provincial, que sí aumentó progresivamente el presupuesto destinado a la salud pública.⁶⁶

La participación del Estado nacional se modifica en 1948 como resultado de la inauguración de la Delegación Regional de Salud Pública (DRSP) en la provincia, que tuvo la finalidad de representar a la Secretaría de Salud de la Nación en los distintos espacios del territorio nacional. Sus objetivos eran lograr la vinculación de los proyectos sanitarios existentes; la coordinación y el control de las obras derivadas de los planes nacionales; y la ejecución de planes según las necesidades específicas de cada región.⁶⁷

Como se trataba de imprimir la hegemonía nacional en la estructura del sistema de salud provincial, a partir de esta instancia se lanzó una fuerte acción planificadora a través del Primer Plan Quinquenal y el Plan Analítico de Salud Pública. Mientras el primero se orientó a la construcción de diversos centros hospitalarios, estaciones sanitarias, y maternidades-escuelas que contemplaban el problema de la salud materno-infantil; el Plan Analítico de Salud Pública, diseñado por Carrillo, contuvo proyectos más ambiciosos asociados con la construcción de una Ciudad Hospital y un Centro Sanitario en la provincia.

Estas dos unidades de atención de la salud cumplirían un rol diferenciado; mientras el Centro Sanitario pondría en práctica la medicina preventiva y la medicina asistencial, con atención en consultorios externos;⁶⁸ en la Ciudad Hospital habría internación y práctica médica compleja. Esta última se integró al proyecto para la construcción de una Ciudad Universitaria del Rector Dr.

Horacio Descole, quien donó un terreno ubicado en la zona de Horco Molle para la nueva institución, que contaría con una importante infraestructura.⁶⁹

Si bien Tucumán formó parte del proyecto planificador y centralizador del Estado nacional, la mayoría de los trabajos propuestos en ambos planes (Plan Quinquenal y Plan Analítico de Salud Pública) no se materializaron y el intento de centralización a través de la Delegación Regional de Salud Pública no fue efectivo debido a la convergencia de factores como el recorte presupuestario en el Ministerio de Salud Pública de la Nación vinculado a los efectos de la crisis económica que sufrió el país a partir de 1949; y al rol activo que jugó la Fundación Eva Perón en el área de la salud a nivel nacional. Estos fueron hechos que repercutieron en los proyectos que el Ministro de salud de la Nación había diagramado para las provincias.⁷⁰ (Ramacciotti, 2009)

Si en alguna medida se trataron de condicionar proyectos elaborados por el Estado provincial, en principio no hubo un conflicto de intereses y podría afirmarse que las acciones nacionales quedaron desdibujadas por el protagonismo del gobierno provincial, quien realizó nuevas construcciones e hizo reestructuraciones en los centros hospitalarios existentes, con innovaciones que generaron un cambio cualitativo en lo que a atención médica y cuidado de la salud se refiere.

Tucumán, que en los años previos al peronismo presentaba un elevado índice de mortalidad general, ocupando el tercer lugar a nivel nacional, hacia mediados de la década del 40 registró un marcado descenso de la mortalidad infantil, sobre todo en las áreas cañeras -en contraste con Salta y Jujuy, que mantuvieron elevados índices-⁷¹ que podría vincularse tanto a los cambios en la infraestructura sanitaria, a la incorporación de adelantos médicos y tecnológicos, a la educación sanitaria y a las campañas de higiene; como a las mejoras en las condiciones de vida y laborales de amplios sectores de la población.

Consideraciones finales

El proceso orientado a centralizar los servicios sanitarios de la provincia en el período 1900-1950 presentó una dinámica propia en el marco de los objetivos de centralización propuestos desde la órbita del poder nacional. El análisis develó las particularidades locales y las relaciones con la administración sanitaria nacional y permitió reconstruir acciones y cambios graduales en el sistema de salud de la provincia, en diferentes instancias que reflejaron el desarrollo institucional y cambios graduales que marcaron un rumbo y antecedieron la centralización lograda con el ascenso del peronismo.

Sobre los rasgos que presentó el panorama sanitario en la primera mitad del siglo XX podemos decir que las iniciativas estatales tendieron a dotar de mayor eficiencia al sistema de salud de la provincia, a través de la conformación de organismos específicos y la dotación de un marco legal que sustentara las acciones, y con propuestas para unificar y centralizar los servicios, que aunque prácticamente no prosperaron hasta los años '40 introdujeron el tema en el debate y, en línea con una tendencia hacia el fortalecimiento institucional y nuevos emprendimientos, prepararon el terreno para proyectos posteriores.

El proceso de construcción del sistema de salud en la provincia estuvo atravesado por lógicas

complementarias y contrapuestas. El contraste entre los mayores servicios que contaba la ciudad Capital y las carencias en el ámbito rural; la delimitación de responsabilidades de sectores de la sociedad civil junto a los actores estatales; el financiamiento público complementado con contribuciones privadas; las diferentes modalidades implementadas en la atención de la salud, son aspectos que caracterizan el período estudiado y remiten a los distintos momentos de conformación, desarrollo y transformaciones en la administración estatal y consolidación y aumento del rol del Estado. En este sentido, a pesar de los obstáculos y de que muchos objetivos no se cumplieron, desde las décadas de 1920 y 1930 los gobernantes en general fueron proclives a una mayor intervención en los problemas sociales, la salud tuvo un lugar destacado en la agenda legislativa.

El análisis realizado permite señalar ciertas particularidades de Tucumán en relación con otras provincias del interior del país en el marco de los procesos nacionales de centralización sanitaria. A diferencia del caso de Córdoba, donde se observó que a comienzos del siglo XX el sistema sanitario no fue incumbencia del Estado provincial sino de la beneficencia, los municipios y el Estado Nacional,⁷² en Tucumán, aunque intervino la Sociedad de Beneficencia y la Asistencia Pública municipal fue cobrando mayor protagonismo; el panorama institucional revela una mayor incidencia del Estado provincial y de interacciones entre actores locales.

Entre 1900 y 1943 no hubo prácticamente proyección del gobierno nacional en la creación de hospitales y si bien aumentaron las vinculaciones con el Departamento Nacional de Higiene, los objetivos de extender su autoridad encontraron resistencias y fueron los organismos locales quienes mostraron mayor solidez y ejercieron un papel más activo en el conjunto de las iniciativas. Asimismo, como en esos años los intentos de centralización nacional y las iniciativas de creación de hospitales con fondos nacionales no prosperaron, primaron las intervenciones a través del envío de recursos y subsidios para hospitales, situaciones de emergencia sanitaria y de directivas para enfrentar patologías endémicas como el paludismo.

En los años peronistas, en el marco de un proceso de unificación y fortalecimiento de la administración sanitaria nacional, el gobierno provincial instituyó en forma anticipada un Ministerio de Salud Pública en 1946,⁷³ que podría explicarse por la trascendencia que los temas sanitarios tuvieron en la agenda pública y política desde fines del siglo XIX, cuando los constantes brotes epidémicos interpelaron al Estado provincial a concertar acciones y mecanismos que frenaran el avance de las enfermedades.

La tradición previa en la conformación de organismos sanitarios; la autonomía en las políticas implementadas; las iniciativas y los avances registrados; son algunos de los indicadores que, junto a su gravitación vinculada a la expansión de la economía azucarera, muestran la particularidad del caso de Tucumán en el contexto regional. La fuerte impronta provincial en el plano institucional y los cambios generados al interior del sistema de salud pública fueron elementos constitutivos del proceso hacia la centralización sanitaria materializada con la llegada del peronismo al poder, cuando las propuestas previas fueron asimiladas y reformuladas, en un marco político que posibilitó su materialización y donde se resignificaron debates y concepciones en torno a la salud como derecho y al indiscutible protagonismo del Estado.

Notas

[1](#) Para el proceso de centralización a nivel nacional, ver Biernat (2015) y a nivel provincial ver Ortiz Bergia (2012) para el caso de Córdoba. Aunque existen investigaciones de los sistemas sanitarios -focalizados sobre todo en los grandes centros urbanos del Litoral argentino- faltan trabajos específicos sobre el problema de la centralización de la administración de la salud, que en parte podrían subsanarse con los avances incluidos en este Dossier.

[2](#) Tanto su implementación, como los organismos y las reglamentaciones para la preservación de la salud hacia fines del siglo XIX, se dieron en un marco de expansión de la administración estatal expresado en reparticiones como la Oficina de Estadística (creada en 1881) para recopilar y publicar los datos estadísticos de la provincia; el Departamento Topográfico, para vigilar el estado y conservación de los caminos públicos (denominado Departamento de Ingenieros y Obras públicas desde 1896); y otras como las vinculadas a la policía y a la instrucción pública.

[3](#) Para el análisis de la gestación y desarrollo de las políticas de salud en Tucumán a fines del siglo XIX y comienzos del XX, Fernández (2012).

[4](#) Una de las atribuciones que obtuvo fue la del allanamiento de los domicilios, que resultaba indispensable para un combate efectivo de las patologías infectocontagiosas, causantes en esos años de la elevada mortalidad. *Compilación ordenada de leyes, mensajes y decretos de la provincia de Tucumán*, V. XXIII: 288-289; 290-295.

[5](#) *Digesto Municipal*, T. VI, 1902: 414-415. Su establecimiento se dio en el marco de surgimiento de otras “Asistencias” a partir de la década de 1880 en otras localidades del país -sobre todo Buenos Aires, Rosario y Córdoba-, orientadas a resolver, bajo la impronta del higienismo, cuestiones de tipo sanitario y otras inherentes al proceso de urbanización.

[6](#) Decreto reglamentando la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, 1903. *Digesto Municipal*; V. VI: 403-413.

[7](#) Según los mismos informes oficiales, los hospitales distaban de reunir las condiciones necesarias. En 1916 el Hospital de aislamiento era una precaria casa-hospital, con piso de tierra, techos de zinc, sin agua corriente; en 1918 se emprende una construcción de otro edificio pero las referencias posteriores aludían a que seguía siendo inapropiado y a la necesidad de un nuevo edificio. (Fernández, 2012)

[8](#) Reglamento General de los Hospitales Municipales, *Boletín Municipal*, 1914: 127-128.

[9](#) *Boletín Municipal*, T. IX: 128. Si bien la información oficial no siempre precisa el número de camas que permita ver sus variaciones en el tiempo, de un total de 180 camas en 1896 para el hospital de hombres y de mujeres; se pasa 178 camas en 1915 sólo para el Hospital Padilla, de hombres (no hay datos para ese año para el Hospital de mujeres Z. Santillán) a las que se sumaban siete camas de la Sala de la Cruz Roja. Informe de la intendencia para 1914-1915; *Digesto Municipal*, T. VII: 126.

[10](#) A diferencia de lo que plantea González Leandri en cuanto a que la creación de facultades y organismos académicos en Buenos Aires fue necesaria para institucionalizar los saberes médicos y

consolidar la profesionalización, en el caso de Tucumán, al no existir espacios académicos, la afirmación de los médicos se circunscribió al ámbito de la administración estatal -Consejo de Higiene, Asistencia Pública, y hospitales-.

11 La ley contra el paludismo significó la organización de un plan más integral e incluía estudios para determinar zonas palúdicas, obras de saneamiento, destrucción de larvas y mosquitos, asistencia médica, provisión de quinina, registro de estadísticas, instalación de dispensarios y laboratorios. Ley de defensa contra el paludismo, 1907 y Reglamentación de la ley, 1911. *Recopilación de leyes, reglamentaciones, decretos y resoluciones en materia sanitaria, Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, T. I y II: 200-209. Para un estudio en profundidad del desarrollo histórico del paludismo y de la lucha antipalúdica en el noroeste argentino durante los siglos XIX y XX, ver Alvarez, 2010.

12 Con la ley contra la viruela se buscó organizar un programa más preciso y efectivo en el que además de las autoridades médicas intervenían las oficinas de registro civil para los datos de nacimientos y defunciones y el Consejo de Educación, para el control de alumnos en las escuelas. *Compilación*, cit, T. I: 939-946.

13 Sus funciones no se limitaban al reparto de quinina sino también abarcaban la vigilancia terapéutica y profiláctica de los enfermos, en comunicación con el médico. Distribuidos según la densidad de población de la zona, debían realizar inspecciones de escuelas y gestionar el apoyo de vecinos para las visitas a domicilio. *Libro Copiador de Notas, Consejo de Higiene*, 1908, ff. 608-616.

14 AHT, SA, V. 172, ff. 139.-142; *Compilación*, cit, V.XII: 396.

15 *Compilación*, cit, V. XII: 397 y 399.

16 “Los trabajos realizados tropiezan con dificultades de influencias locales que los han hecho fracasar, basándose algunas en las autonomías federales de las provincias (...) en los casos de epidemias cada autoridad local toma las medidas que le parecen propias (cuarentenas en Paraná; desinfección de ropas en Bs As; pulverizaciones con bicloruro de mercurio a las personas!)”, planteándose la importancia de una ley de profilaxia con principios y reglas uniformes para todo el país. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, 1895: 108-112. De modo que debería relativizarse la referencia de Biernat acerca de una posición subordinada de las provincias a la repartición nacional en estos años para recibir auxilio técnico, aunque coincidimos en que los constantes brotes epidémicos a fines del siglo XIX las obligaban a acudir con pedidos al DNH. (Biernat, 2015)

17 El objetivo de que fuera una institución auténticamente nacional se logró por ley en 1891, y a partir de allí se implementaron nuevas estrategias para extender controles y acciones preventivas en las provincias. (González Leandri; 2010).

18 *Libro Copiador de Notas del Consejo de Higiene*, 1908: ff. 682-690.

19 *Informe del Consejo de Higiene, Libro de Actas del Consejo de Higiene*, ff. 100-119; 1908.

[20](#) Juan Bascary (1917-1920), Octaviano Vera (1920-1922); Miguel Campero (1924-1928) y José Sorteix (1928-1930) tuvieron que enfrentar distintos niveles de conflictividad política –por la división interna del partido y la oposición conservadora- económica y social. Los dos primeros concluyeron con la intervención federal; el de Campero enfrentó una crisis de sobreproducción que desencadenó una huelga de cañeros y concluyó con un laudo del Ejecutivo Nacional, y el de Sorteix fue interrumpido por la intervención producto del golpe militar de 1930 en el marco de una crisis económica. (Paéz de la Torre; 1987: 619-139)

[21](#) *El Orden*, 29.3.1922. El objetivo “médico social” enunciado por los profesionales del Consejo de Higiene respondía a las nuevas preocupaciones y cambios respecto al reemplazo paulatino de la higiene defensiva –como disciplina y política característica de años anteriores- por una higiene preventiva, que vinculaba el cuidado de la salud con la plenitud física, social y moral. (Armus y Belmartino; 2001: 286-287)

[22](#) Como se ha señalado, durante las gestiones radicales el Estado fue involucrándose en la construcción de una política social a través de proyectos de leyes laborales, aunque solo algunos lograron ser tratados y en general produjeron situaciones conflictivas entre el gobierno, el poder legislativo y los sectores patronales. (Landaburu, 2014)

[23](#) La prensa denunciaba desde el estado de las ambulancias –“sucias, desvencijadas, impropias de una ciudad progresista y culta”- hasta la falta de material y medicamentos y la alimentación deficiente de los enfermos. *El Orden*; 6.2.1923; 7.3.1923; 19.6. 1923. Las críticas continuaron a lo largo de 1923, cuando se reforzaron las contribuciones privadas a los hospitales: damas residentes en Buenos Aires que organizaron un festival a beneficio; colectas del Centro Gremial de almacenes mayoristas (8000\$); donaciones de la Cía Azucarera Wenceslao Posse (500\$), Cía Azucarera La Corona (300\$); Dr José Frías Silva (300\$) y otros particulares.; 20.9.1923; 28.11.1923. Por su parte, el interventor de la municipalidad solicitaba aportes a los empresarios para “aliviar y reparar la situación de miseria real en nuestras casas de asistencia social”, y en respuesta hubo donaciones de otros ingenios. *Boletín Municipal*; 1923: 10 y 11.

[24](#) Se aludía a que “*si a la municipalidad se le ha de quitar toda acción social, se la reduce a una simple oficina encargada de la limpieza de la calle y del alumbrado de las mismas. Toda la organización democrática que se le da al régimen municipal; toda la autonomía que se les da a las municipalidades carecería casi de sentido...*” *Diario de Sesiones, Cámara de Senadores*; 3.5.1922, p. 199

[25](#) Esto se daba en un contexto conflictivo con críticas por el presupuesto de 1923, que contenía un impuesto a la molienda azucarera; y por las llamadas “leyes obreras”, de salario mínimo y jornada de 8 horas. Para una mayor eficacia del sistema de salud la idea era reformular las asignaciones, en tanto existían partidas fijas para las instituciones sanitarias y para asistencia social, pero también se votaban fondos especiales en casos de emergencia sanitaria o para paliar la situación financiera de la municipalidad. En 1922 esta recibió 200.000\$ anuales, fondo que provendría de beneficios obtenidos por loterías, Caja Popular de Ahorros e impuesto a concurrentes al Casino. *Diario de Sesiones, Cámara de Senadores*, 3.5.1922; pp.: 33-34.

[26](#) La primera propuesta surgió cuando la presidencia del Consejo de Higiene y la dirección de la Asistencia Pública estuvieron bajo la autoridad del Dr Benigno Vallejo, que de hecho prácticamente concentraba los asuntos sanitarios. En 1903 fue designado director de la Asistencia Pública y presidió el Consejo de Higiene entre 1902 y 1917.

[27](#) En base al antecedente de las “Comisiones de Higiene y Caminos públicos” -destinadas al arreglo de caminos, saneamiento de terrenos y focos de infección y a hacer efectivas disposiciones de higiene- surgieron por ley las Comisiones de Higiene y Fomento en 1900 en los pueblos y villas que no tenían municipalidad y con más de 500 habitantes. *Compilación*, op. cit, V. XIII, 1888: 67-69 y V. XXIV, 1900: 133-135.

[28](#) *El Orden*, 31.5.1922.

[29](#) *Diario de Sesiones, Cámara de Diputados*; 1.8.1929; pp. 278-280. La prensa también alertaba sobre la necesidad de mayores controles y de la reorganización de las Comisiones de Higiene y Fomento, afirmando que habían dejado de ser una institución con espíritu progresista para convertirse en “centro de politiquería”: “*Lo que era antes un conjunto de vecinos caracterizados y honestos ahora son comités que exigen el pago de impuestos o los perdonan; reciben y dan prebendas y malversan fondos*”. *El Orden*, 31.3.1923.

[30](#) *Compilación de leyes y decretos de la Provincia de Tucumán*, T. I, 1934, pp. 959-961. Como era previsible, hubo propietarios que directamente no la acataron; algunos que intentaron obtener autorización para construir un solo edificio para tres ingenios –como fue el caso en Aguilares, denegada por el Consejo de Higiene- y otros que enviaron los planos para su aprobación y para el inicio de las obras. *Boletín Oficial de la provincia de Tucumán*, 1926, p. 1902.

[31](#) Esto aludía al “obrerismo” de la jornada máxima de trabajo y salario mínimo y a la falta de equidad en las contribuciones, bajo el supuesto de serían impuestas por igual para situaciones diferentes. Otra de las críticas que se hicieron fue a la obligación de que los médicos residieran en los establecimientos por “*la injusticia de encarcelar a hombres que no tienen culpa*”. Vera Hernández proclamaba que el mérito del proyecto era precisamente ese, contrario a la “farsa” de servicios médicos una o dos veces por semana, adoptada hasta entonces en algunos establecimientos *Diario de Sesiones, Cámara de Senadores*; 1925; p 157-160

[32](#) *Diario de Sesiones*; cit; pp. 161-162.

[33](#) Como en otros casos de leyes sociales, en la frustrada aplicación de la ley también debieron influir los sectores opositores, la división del radicalismo provincial, las coyunturas económicas. Esos fueron años signados por la profundidad de una crisis azucarera que además del impacto económico produjo conflictos intersectoriales que también pudieron condicionar el cumplimiento de las normativas. Después de dos décadas de incumplimiento de la ley de 1925, el tema fue puesto en la agenda pública nuevamente en 1946, cuando el gobernador Domínguez envió a la Legislatura un proyecto de asistencia médica, obligatoria y gratuita para los establecimientos industriales que afectaba en forma directa a los ingenios. (Gutiérrez y Rosales, en prensa)

[34](#) Se destacaron los objetivos de crear estaciones sanitarias, la profilaxis de enfermedades venéreas, la prevención y asistencia materno-infantil, entre otros. *Conferencia Sanitaria Nacional*, Departamento Nacional de Higiene, Bs. As., 1923.2

[35](#) *Boletín Municipal*; 1923; pp.1-4.

[36](#) Este se enfocó en una primera fase al cuidado de la mujer embarazada y del niño por nacer y en una segunda al niño de cero a dos años; comprendía dispensarios de lactantes; una oficina de “Inspección de nodrizas”; y un servicio urgente de obstetricia. El personal contaba con dos médicos, dos parteras, 12 visitadoras de higiene, seis preparadoras de alimentos y seis ayudantes. *Boletín Municipal*, 1928, p. 498. El Servicio fue iniciativa del intendente Juan Luis Nougues (1927-1929), quien promovió importantes avances en el área de la salud en el municipio: aumento de personal y equipos para la Asistencia Pública; extensión de la atención; instalación de un consultorio para niños; reemplazo de las viejas ambulancias tiradas a caballo por furgones blancos; creación del Instituto Antilúético y el Instituto del Tracoma. *Boletín Municipal*; 1927; p. 16

[37](#) *Libro Copiador de Informes del Honorable Consejo Deliberante (1926-1929)*; 1928, pp. 610-611.

[38](#) Archivo de la Delegación Federal de Salud Pública, *Protección a la Infancia. Antecedentes relacionadas con su creación, desenvolvimiento y organización hasta el presente*, San Miguel de Tucumán, 1953, p. 3. En 1930 el aumento de personal y de gastos en la sección de Protección a la Infancia fue uno de los argumentos que la oposición utilizó para iniciar una investigación que concluyó con la intervención y desplazamiento de Nougues de la intendencia. El golpe militar abrió otra etapa, donde la nueva intervención reorganizaría el servicio bajo el concepto de hacer economía, con la paradoja de lograr “una mejora en los servicios” y a la vez una disminución “importante en concepto de sueldos y gastos generales” a fin de regularizar las finanzas. *Boletín Municipal*, 1930, pp. 540-541.

[39](#) A diferencia de la mayoría de los distritos provinciales, bajo control del conservadurismo; en Tucumán primero asumió el partido Defensa Provincial Bandera Blanca (1932-1934), y luego los gobiernos radicales de Campero (1935-1938) y de Miguel Critto (1938-1943), que imprimieron una dinámica particular a la política local esos años. (Parra y Ulivarri; 2012)

[40](#) Reglamentación sobre el ejercicio de la medicina, 1936, *Leyes y Decretos Reglamentarios de la provincia de Tucumán*, T. 10, p. 727.

[41](#) Se contemplaban las construcciones y/o ampliaciones de una maternidad modelo, estaciones sanitarias con servicios de hospitalización, dispensarios y orfelinatos, Instituto de ciegos, Hogar de ancianos; subsidios para hospitales; y los “sobrantes” serían invertidos en el Servicio de protección a la infancia, Instituto antilúético y estaciones sanitarias a cargo del municipio. Ley de Asistencia médica y social; 1933, *Leyes y Decretos Reglamentarios de la provincia de Tucumán*; T.I.

[42](#) Ley de centralización de servicios sanitarios, 1936, *Leyes y Decretos Reglamentarios de la provincia de Tucumán*, T. I.

[43](#) *Recopilación de leyes, reglamentaciones, decretos y resoluciones en materia sanitaria; Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*; T. I; pp. 200-209 y pp. 201-228.

[44](#) *El Orden*, 27.9.1923. El tema de los aportes económicos del gobierno nacional –que tal vez demoraban o no eran suficientes- mereció la crítica de la 2ª prensa, que ante el nombramiento de nuevos empleados apuntaba a los fracasos de la campaña antipalúdica “funesta para el erario público”, y a la responsabilidad del poder central, que era quien debía realizar obras de ingeniería sanitaria en la provincia. *El Orden*, 30.6.1923

[45](#) Otra instancia de reclamos relativos a la idea de centralización sanitaria fue la 9ª Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Buenos Aires en 1934, cuyas recomendaciones se dirigían a la necesidad de acercar posiciones para lograr un régimen bajo una sola autoridad en pos del “robustecimiento de la salud pública”. (Alvarez; 2010: 128)

[46](#) Un ejemplo que supuso subrayar un programa más integral fue la decisión de reunir congresos de Asistencia social y estadística vital cada dos años en Tucumán, donde los trabajos, las memorias y conclusiones de los cuerpos técnicos contribuirían a un mejor tratamiento de la asistencia médico social. Ley 1824, *Legislación Sanitaria*, V. 10, p. 689.

[47](#) *La Unión*, 2.2.1943

[48](#) *La Unión*, 26.02.1943

[49](#) Mientras que “*la Nación es la que menor aporte ha prestado a la asistencia hospitalaria [...] ya que no se ha resuelto siquiera a construir el hospital regional autorizado por ley, ni a instalar en Taí Viejo el preventorio antipalúdico que debió levantarse hace años [...]*”. De igual forma resaltaba que si bien, “*la provincia ha instalado hospitales y estaciones sanitarias con salas de hospitalización en la campaña. [...] la descongestión de los hospitales municipales no se ha producido*”. *La Gaceta*, 10.11.1943

[50](#) El Estado social argentino se caracterizó por la fuerte tutela jurídica del contrato de trabajo, junto con la extensión de un sistema de seguros sociales, educativo y sanitario; y de una asistencia social semi-estatizada y politizada con nuevos tipos de transferencias distributivas. (Andrenacci, Falappa y Lvovich, 2004:84-114), (Belmartino, 2005). Como sostiene Daniel Campione, (2007) entre 1943 y 1946 el aparato estatal se nutrió de elementos ya existentes, y las disposiciones previas formaron parte de un proceso de “reorganización”, con profundos cambios en las estructuras y funciones, pero a partir del aprovechamiento y readaptación de elementos disponibles. Ver también (Mateo, 2005).

[51](#) Desde 1943 se afirmó la tendencia hacia la centralización del sistema de salud pública, con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social de la que dependerían todas los organismos de salud y asistenciales, que tuvo que enfrentar obstáculos vinculados a los hospitales y centros asistenciales dirigidos por la Sociedad de Beneficencia; y al sistema federal de gobierno, que hizo que los organismos provinciales quedaran fuera de la injerencia de la nueva institución. En 1944 pasó a denominarse Dirección Nacional de Salud Pública, dejando de lado la asistencia social que continuó bajo la administración de las sociedades filantrópicas. (Ramacciotti,

2009)

[52](#) *Boletín Oficial de la Provincia de Tucumán, Tucumán, Año XXXI, N° 10393, 26.11.1943.*

[53](#) Decreto-Acuerdo 230/29, *Municipalidad de San Miguel de Tucumán*, Diciembre de 1943.

[54](#) *La Unión*, 1.1.1944

[55](#) Carlos Domínguez había nacido en Buenos Aires en 1907. Egresó del Colegio Militar en 1927; fue secretario general de la Intervención Federal a la Provincia en 1943 e Interventor administrativo de la Honorable Legislatura. Como presidente de la Comisión que investigó las concesiones otorgadas a la Compañía Hidroeléctrica del Norte adquirió popularidad al lograr la nacionalización de la mencionada compañía.

[56](#) Respecto a la capacidad hospitalaria, la Capital contaba en 1946 con un total de 1644 camas distribuidas entre los distintos nosocomios cuyo porcentaje fue de 2,78 camas por cada mil habitantes; mientras en las zonas rurales el número llegaba a un total de 270 con un porcentaje de 0,61 camas por cada mil habitantes. A pesar de los avances de décadas anteriores, los servicios seguían concentrados en la Capital tucumana, mientras la campaña quedaba desamparada en lo referente a la atención médico- hospitalaria. *Plan Trienal de Gobierno (1947-1950)*, Provincia de Tucumán, Tomo I.

[57](#) *Diario de Sesiones, Cámara de Diputados, Tucumán, 28.11.1946.*

[58](#) *Diario de Sesiones, Cámara de Diputados, Tucumán, 8.8.1946.*

[59](#) Alberto Navarro nació en la ciudad de Catamarca en 1892, se graduó de médico en la Universidad de Buenos Aires y estuvo a cargo del Instituto Antiluético desde 1930, logrando consideración pública al luchar de manera constante y eficaz contra el flagelo de la sífilis.

[60](#) *Plan Trienal de Gobierno 1947 – 1950, Tucumán, Tomo I, p. 9.*

[61](#) Y agregaba: “*Muy reciamente ha arreciado el pedido de ayuda hacia el Estado, no solo para mantener los servicios, sino para conseguir la construcción y equipamiento de otros nuevos, en su afán de inusitada emulación con el propio donante, pero sin una idea clara, ni sincera de colaboración y de coordinación con la obra del mismo*”. *Diario de Sesiones, Cámara de Senadores, Tucumán, 16.4.1948.* Los cuestionamientos giraron también en torno a los servicios, sobre todo aquellos que eran arancelados -atención en consultorios externos y de especialidades-, que contradecían la naturaleza de la asistencia hospitalaria y dejaban a un gran margen de la población sin la posibilidad de acceso a los mismos. Se expusieron necesidades de reformas adaptadas a la medicina moderna, que no podían efectivizarse al estar el hospital bajo control privado.

[62](#) Como sostiene Peter Ross, la atención brindada en las mencionadas instituciones, se apoyaron en una idea de caridad concebida como un obsequio para los excluidos y no como un derecho ciudadano. Ross (2007: 10)

[63](#) Para esta cuestión ver Ramacciotti (2009) y Moreno (2009).

[64](#) Bajo su administración continuaron funcionando: el Hogar San Roque, orientado al cuidado de los ancianos; la Sala Cuna, destinada al cuidado de la infancia abandonada, y el Hogar Anselmo Rojo y Familia para asistencia y protección a las mujeres pobres.

[65](#) *La Gaceta*, 4.9.1948

[66](#) En el análisis de los distintos presupuestos aprobados entre los años 1946-1950 se observa un claro aumento de los recursos destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios. Como consecuencia de la incorporación de nuevas instituciones y centros de atención médica a la administración provincial, así como a la apertura de especialidades médicas en los distintos nosocomios. *Diarios de Sesiones, Cámara de Diputados*, Tucumán, 1946-1950.

[67](#) Plan Analítico de Salud Pública, Secretaria de Salud Pública de la Nación, Bs. As. Tomo III, pp. 1943-1945.

[68](#) *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Tucumán, 9.4.1948

[69](#) En el marco de la ley nacional de construcciones sanitarias, el complejo se organizaba a partir de un hospital general, con capacidad para 500 camas; la escuela de enfermería, la vivienda para los médicos, un área deportiva y las instalaciones anexas. Las obras comenzaron en 1953 -se construyeron las treinta y seis viviendas y la escuela de enfermería-, pero se paralizaron en 1959 y en 1960 se cedieron los inmuebles que formaban parte de la Ciudad hospital a la Universidad nacional de Tucumán. Villavicencio (2004)

[70](#) La Ciudad Hospital fue uno de los proyectos diagramados desde el Estado Nacional, pero las dificultades que presentó su ubicación en la zona del cerro de San Javier, exigieron costosas obras de infraestructura, que fueron señaladas como una de las causas principales de su fracaso. (Villavicencio, 2004)

[71](#) De un porcentaje aproximado de 207,94 por mil defunciones al año en 1938, se registró un marcado descenso de la mortalidad infantil, que en 1949 alcanzó la cifra de 104,19 por mil defunciones. (Bolsi y D´Arterio, 2001: 108).

[72](#) Según Adrián Carbonetti, el gobierno provincial era prescindente de los problemas sociales, y el Consejo de Higiene fue una institución sin iniciativas, desdibujada y marginal hasta la década del ´20. (Carbonetti; 2005: 86; 114-115). En el caso de otras regiones como La Pampa, hubo mayor dependencia del Estado nacional y se seguían las directivas del Departamento Nacional de Higiene, del cual dependía la Asistencia Pública local. (Di Liscia; 2007: 127-129).

[73](#) A nivel nacional, recién en 1949 la Secretaria de Salud Pública alcanzó rango ministerial, y en Córdoba el Consejo Provincial de Higiene fue reemplazado por un ministerio de salud pública en 1950. (Ramacciotti, 2009; Ortiz Bergia, 2012).

Bibliografía

- Álvarez, Adriana (2010). Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX), Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Andrenacci, Luciano; Fernando Falappa y Daniel Lvovich (2004). “Acerca del Estado de Bienestar en el Peronismo Clásico (1943-1955)”, Bertranou, Julián, Juan Manuel Palacio, Gerardo Serrano (comps.). *En el país del no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social en la Argentina*, Prometeo, Buenos Aires.
- Armus, Diego (2000). “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”; Lobato, Mirta (ed.). *Nueva Historia Argentina. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Sudamericana, Buenos Aires.
- Armus, Diego y Belmartino, Susana (2001). “Enfermedades, médicos y cultura Higiénica”, en Cattaruzza, Alejandro (ed.). *Nueva Historia Argentina, Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)*, T. VII, Sudamericana, Buenos Aires.
- Belmartino, Susana (2005). “¿Estado social o estado de compromiso? 1920-1945. Agotamiento, crisis y reformulación de las instituciones de atención médica”, en Suriano, Juan y Lvovich, Daniel (eds.). *Las políticas sociales en perspectiva histórica. Argentina (1870-1952)*, Prometeo, Buenos Aires.
- Biernat, Carolina (2015). “Continuidades y rupturas en el largo proceso de centralización de la administración sanitaria argentina (1880-1945)”, Ponencia presentada en las V Jornadas de Historia Social, La Falda, Córdoba.
- Bohoslavsky E. y Soprano, G. (editores). *Un Estado con rostro humano*; Prometeo, Buenos Aires.
- Bolsi, Alfredo y Julia Ortiz de D´Arterio (2001). *Población y azúcar en el Noroeste Argentino. Mortalidad Infantil y transición demográfica, durante el siglo XX*, Tucumán, Instituto de Estudios Geográficos, Facultad de Filosofía y Letras UNT.
- Campione, Daniel (2007). *Orígenes estatales del peronismo*, Miño y Davila, Buenos Aires.
- Carbonetti, Adrián (2004). “La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la provincia de Córdoba, 1880-1926”; *Dynamis*, N° 25, Granada, España.
- Carter, Eric (2010). “Paludismo, sociedad y medio ambiente el Noroeste argentino a principios del siglo XX”; Travesía, Revista de Historia Económica y Social; N° 12, Instituto de Estudios Socioeconómicos, Facultad de Ciencias Económicas, UNT, Tucumán.
- Di Liscia, María Silvia (2007). “Instituciones, médicos y sociedad. Las posibilidades y los problemas en el territorio pampeano (1884-1933)”; Di Liscia, MS, Lasalle, A.M y Lluch, A. (ed.). *Al oeste del paraíso. La transformación del espacio natural, económico y social en la Pampa Central (siglos XIX-XX)*; EdUNLPAM; Santa Rosa, La Pampa.
- Fernández, María Estela (2012). Salud y políticas públicas en el Tucumán del entresiglo (1880-1916), *Tesis Doctoral* (inédita); Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán.

- González Leandri, Ricardo (2010). “Breve historia del Departamento Nacional de Higiene. Estado, gobernabilidad y autonomía médica en la segunda mitad del siglo XIX”; en
- Gutiérrez, María Florencia y Rosales, María del Carmen. “La asistencia médica en los ingenios durante el primer peronismo: la resignificación de un viejo debate social”, *Revista Andes*. (en prensa)
- Landaburu, Alejandra (2014). Los empresarios azucareros y la cuestión social. Tucumán, 1904-1930, *Tesis Doctoral*, (inédita); Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán.
- Mateo, Graciela (2005). “El gobierno de Domingo Mercante: expresión singular del peronismo clásico”, en Rein, Raanan y Rosalie Sitman (Comp.). *El primer peronismo. De regreso a los comienzos*, Buenos Aires, Lumiere.
- Moreno, José Luis (2009). *Éramos tan pobres... De la caridad colonial a la Fundación Eva Perón*, Sudamericana, Buenos Aires.
- Moreyra, Beatriz I. (2009). *Cuestión social y políticas sociales en la Argentina. La modernidad periférica. Córdoba, 1900-1930*, Universidad de Quilmes, Buenos Aires.
- Ortiz Bergia, María José (2012). “Provincia y Nación en el proceso de construcción de un Estado centralizado. Políticas sanitarias en Córdoba. (1943-1946)”, *Quinto Sol*, Vol. 16, N°1, Universidad Nacional de La Pampa.
- Páez de la Torre, Carlos (1987). *Historia de Tucumán*; Plus Ultra, Buenos Aires.
- Parra, María Graciana y Ulivarri, María (2012). Política y mundo del trabajo en los años treinta; Gutiérrez, Florencia y Rubinstetin, Gustavo (comps). *El primer peronismo en Tucumán. Avances y nuevas perspectivas*, Editorial de la Universidad Nacional de Tucumán (EDUNT), Tucumán.
- Ramacciotti, Karina (2009). *La política sanitaria del peronismo*, Biblos, Buenos Aires.
- Rosales, María del Carmen (2011). *Transformaciones y conflictos en el proceso de democratización y centralización de la salud pública en Tucumán 1943-1950*, Tesina de Licenciatura, inédita, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán.
- Ross, Peter (2007). “Construcción del Sistema de Salud Pública en la Argentina 1943- 1955”, *Revista de Electroneurobiología*, Vol. 15, pp. 107-178.
- Suriano, Juan (2004). “Los historiadores y el proceso de construcción del Estado social”, Bertranou, Julián, Juan Manuel Palacio, Gerardo Serrano (comp.). *En el país del no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social en la Argentina*, Prometeo, Buenos Aires.
- Villavicencio, Susana (2004). “El proyecto de la ciudad hospital tucumana y su articulación con el plan de salud pública del Dr. Ramón Carrillo”, en *La Generación del Centenario y su proyección en el noroeste argentino 1900-1950*, *Actas de las V Jornadas*, Fundación Miguel Lillo y Centro Cultural Alberto Rougés, Tucumán.